

口腔癌的診斷及治療

病例報告

49 歲女性病患，因為自覺右側舌頭出現潰瘍，同時伴隨腫、痛，持續了約 3 個月的時間，經至耳鼻喉科診所未見改善，因此至本院喉科門診求治，門診理學檢查發現舌頭右緣有一潰瘍型的腫塊，大小約 2.5X2.5 公分(圖 1)。頸部觸診並無明顯的淋巴結或腫塊，經切片檢查，病理報告顯示為口腔鱗狀上皮細胞癌，頭頸部電腦斷層顯示舌頭右前側邊緣約 2.3 公分病灶，往內侵犯舌頭深度達 1.2 公分，同時右側頸部有一顆較明顯的淋巴結，大小約 1.2 公分，超音波下同樣看到此淋巴結，但結構尚完整有 hilum(圖 2)，臨床分期為 T2N0M0。我們與病人討論經口右側舌癌切除手術以及右側選擇性頸部淋巴廓清手術，病患決定暫不施行頸部手術。舌癌切除術後病理報告顯示 pT2，切除邊緣皆無癌細胞殘存(圖 3, 4)，但是發現具有多重不良病理指標，包括 perineural invasion、lymphovascular invasion、tumor emboli、WPOI-5(+)及 tumor budding，於是判定為頸部轉移高風險病患。術後 2 週初次回診立即解釋頸部手術之必要性，頸部觸診並發現 level II 疑似淋巴結約 1 公分。病患於是在 1 個月內接受右側頸淋巴廓清手術，共取出 38 顆淋巴結，其中 5 顆確定有頸部轉移，分布於 level Ib, II, III，而且 microscopic ENE(淋巴結膜外侵犯)出現於 level Ib 及 level III，最大轉移淋巴結為 1.5 公分。術後病患病理分期因此上升為 pT2N3b，後續繼續安排放射化學治療。



圖 1 舌頭右緣潰瘍性腫塊

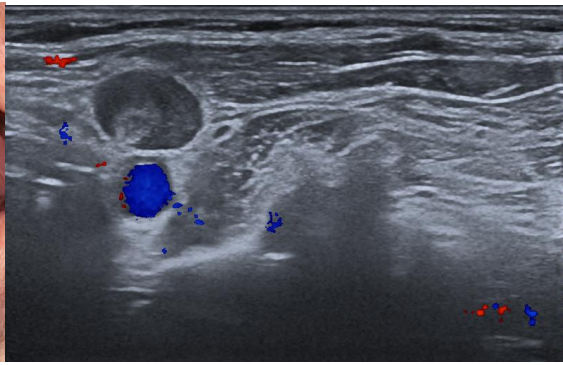


圖 2 超音波下右側頸部之淋巴結



圖 3 舌腫瘤經口切除



圖 4 舌腫瘤切除後舌頭之樣貌

案例討論

口腔癌屬於頭頸部癌症的一種，根據國民健康署統計資料，仍是男性為主的疾病，且發生率近年來不斷的增加。主要風險因子包括菸、酒、檳榔的接觸，是值得重視的問題。然而在女性依然有發生口腔癌的可能性，以此案例為例，病患是女性且並無菸、酒、檳榔的接觸史。因此只要是發現自己有久未癒合的口腔潰瘍或是其他型式的病灶，都應前來就診接受專業醫師的評估及診斷，必要時接受切片檢查。

口腔癌的治療以手術切除為最主要之方法，依照癌症分期而有不同程度的切除。以舌癌來說，像本案例腫瘤之大小約 2.5 公分，且位置沒有太靠後方，可以用經口切除方式處理。然而若是腫塊較大，較

後方，或是侵犯靠近下頷骨的位置，則可能需要加上下頷骨切開或切除的手術，合併術後的口腔顏面重建。此案例第一次就診時，理學檢查頸部腫塊並不明顯，影像檢查對於判斷頸部淋巴轉移與否初步亦不明確。因為此病患舌腫瘤術後之病理報告顯示多重不良病理指標，我們研判頸部轉移風險過高，不宜接受頸部觀察的策略。而後續右側頸部淋巴廓清手術結果也顯示高度的淋巴轉移，包括多顆、多 level 淋巴結轉移及淋巴結膜外侵犯，也因而判定需接受後續輔助性放射化學治療。

總而言之，口腔癌是台灣常見的癌症之一，男性居多但女性亦可能發生，早期診斷並且接受正確、完整的治療，是一個可以治癒的疾病。原發腫瘤的病理指標，是頸部處置的重要參考依據，本案例此充分顯示病理指標對於協助口腔癌頸部處置策略決定，有其不可忽略的重要性，對於具有原發腫瘤不良病理指標之病患，選擇性頸部淋巴廓清手術應積極建議施行。

病歷號：BGIGBFEE

文/整理：張峰亮 醫師 指導：戴世光 醫師